



Agence Nationale de l'Aviation
Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-01-A

EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE

Date d'application :
10/09/2018

Page
1 sur 1

TYPE DE PERSONNEL : *PATI*

CLASSE : *1*

NOM DE L'EMPLOYEUR : *Aéroclub El Felou*

ADRESSE : *Tunisie*

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : **REDDEB**
Prénom : **MONCEF**

Nationalité : **Française**
Né(e) le : **04/08/1969**

Lieu et date de l'examen médical :

Adresse :

Téléphone : **77-165-45-77** email : **meddeb@melix.net**

Profession/activité : **Attaché de opération**

Situation de famille : **Divorcé**

Sexe : F M
à : *Dep. Chabab El Felou Tunisie*

Activité(s) pratiques

Avion Planeur
 Hélicoptère Ballon
 Autres précisez : **Aéroclub**
Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)

Aérodrome : **Gouy**

Activités aériennes antérieures :
Heures de vol : **194**

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ?

OUI NON

Si OUI : Date : **_____ / _____ / _____** Lieu :

Nom du médecin : **Dr Comea**

Vous avez été déclaré : Apté Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proches de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? OUI NON

Questionnaires précisons sur les réponses « OUI »

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		OUI	NON
1	Troubles cardiaques, hypertension artérielle		<input checked="" type="checkbox"/>
2	Taux de cholestérol élevé	<input checked="" type="checkbox"/>	
3	Maladie respiratoire	<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Maladies de l'estomac	<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Maladies du foie	<input checked="" type="checkbox"/>	
6	Diabète	<input checked="" type="checkbox"/>	
7	Maladies rénales	<input checked="" type="checkbox"/>	
8	Maladies articulaires et du dos	<input checked="" type="checkbox"/>	
9	Maladie thyroïdienne	<input checked="" type="checkbox"/>	
10	Tumeur ou maladie cancéreuse	<input checked="" type="checkbox"/>	
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	
12	Vertiges, pertes de connaissance	<input checked="" type="checkbox"/>	
13	Migraines	<input checked="" type="checkbox"/>	

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14 Troubles du sommeil		
15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input checked="" type="checkbox"/>	
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?	<input checked="" type="checkbox"/>	
17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	<input checked="" type="checkbox"/>	
18 Êtes-vous un consommateur de tabac ?	<input checked="" type="checkbox"/>	
19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	
20 Faites-vous usage de drogues illicites ?	<input checked="" type="checkbox"/>	
21 Consommez-vous de l'alcool ?	<input checked="" type="checkbox"/>	
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>	
23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	<input checked="" type="checkbox"/>	
Pour les candidates :		
24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	<input checked="" type="checkbox"/>	
25 Autres	<input checked="" type="checkbox"/>	

Déclaration du personnel aéronautique : Je soussigné, déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes en vigueur.

Toute fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

05/12/2018

[Signature]

Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :



Agence Nationale de
l'Aviation
Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
1 sur 2

NOM :	Prénoms :			Date de naissance (JJ/MM/AAAA):		Lieu de naissance :	
NEDDEB	MONCEF			04-08-1969		Tunisie	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 170 cm	(203) Poids 74 kg	(204) Yeux couleur Noirs	(205) Cheveux couleur Noirs	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique 124	Diastolique 84	Pulsations 53

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>		(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>		(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>		(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire	Diplormate. 55 ans. Divorcé. Il a fait Nat pour l'armage.			

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(235) Analyse d'urine

Normale

anormale

			Lunettes/Contac t	
Œil droit sans correction		Corrigée à	10	
Œil gauche sans correction		Corrigée à	10	
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	10	

Glucose	Protéines	Sang	Autres
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Rapport annexés Non réalisé Date Normal Anormal

(238) ECG 05-06-2016

(239) Audiogramme

(240) Examen Ophtalmologique

(241) Examen ORL

(242) Lipides sanguins

(243) Fonctions respiratoires

(320) Tonométrie G :

N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit			<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche			<input checked="" type="checkbox"/>	
Vision binoculaire			<input checked="" type="checkbox"/>	



Agence Nationale de
l'Aviation
Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
2 sur 2

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie		RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL				Date d'application : 10/06/2017		Page 2 sur 2					
(231) de près		Sans correction		Avec correction		D : mmHg							
N5 lu à 30 - 50cm		Oui	Non	Oui	Non	(244) Divers (Sujet ?)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Œil droit				<i>o'</i>		(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude							
Œil gauche				<i>o'</i>									
Vison binoculaire				<i>d.</i>									
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact											
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>										
Type :		Type :											
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter									
(313) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>											
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA											
Nombre de tables présentées		<i>21</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>										
(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis (si 239/241 non réalisé		Oreille droite		Oreille gauche									
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur		Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>										
Non <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>											
Audiométrie éventuelle													
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000							
Oreille droite													
Oreille gauche													
(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine											
VEMS/CV %		Peack Flow (l/min)		(g/dl)									
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>								
(248) commentaires, limitations :		<i>Co₂ = 1,01</i>											
<i>Pat Correa apte</i>								<i>Apté → 30-06-2025</i>					
(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé													
Je soussigne certifie que j'ai personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète.													
(250) Lieu et date		Nom et adresse du médecin agréé						Cachet et signature					
<i>05-12-2024</i>		Dr PATRICK CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL						Dr PATRICK CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773					



Agence Nationale de l'Aviation
Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-03-A

CERTIFICAT D'APTITUDE
PHYSIQUE ET MENTALE

Date d'application :
30/11/2018

Page
1 sur 1

CATEGORIES

CLASSE 1

CLASSE 2

CLASSE 3

Je soussigné, Docteur :

PATRICK CORREA

Titulaire de l'agrément n :

SN - MED - 004

Certifie que M :

MONCEF MEDDEB

Né(e) le : **04/08/1969** à TUNISIE Age : **55 ANS**

Demeurant :POINT E.....

REOND (Préciser REOND ou NE REOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des priviléges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

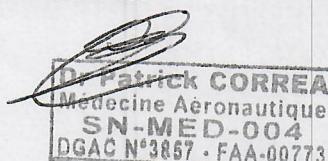
Date de l'examen : **05/12/24**

Limite de validité : **30/06/25** Durée de validité : **...6 MOIS.....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet



Un navigant doit cesser d'exercer les priviléges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits priviléges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Évaluateur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité susmentionnée.